

Episiotomía: criterio obstétrico actual

JOSÉ RAMÓN DE MIGUEL SESMERO*, MAR SÁNCHEZ MOVELLÁN**.

**Catedrático de Obstetricia y Ginecología. Universidad de Cantabria. Jefe de Servicio de Obstetricia. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

***Maternóloga de la Dirección General de Sanidad. Cantabria.*

*¿Cómo?... No tenéis por verdadera
una cosa conocida y aceptada
por el mundo entero?*

MOLIERE. "El Enfermo imaginario"
(Acto tercero, escena III)

RESUMEN

La episiotomía es en la actualidad la operación obstétrica que se realiza con más frecuencia. La episiotomía se realiza como coadyuvante de la cirugía obstétrica (fórceps, vacuum) y en determinadas indicaciones maternas y fetales. Sin embargo, la realización sistemática de la episiotomía es hoy un tema de controversia, al no haberse comprobado clínicamente sus potenciales efectos beneficiosos para la madre (prevención de desgarros complicados, incontinencia urinaria de esfuerzo, prolapso genital). En este trabajo se exponen las principales indicaciones quirúrgicas para la práctica de la episiotomía, así como la discusión de determinados trabajos que cuestionan su realización sistemática. Se concluye que la realización de la episiotomía debe ser selectiva y no se recomienda su empleo sistemático.



Figura 1. *Joseph Bolivar DeLEE* (869-1942).

INTRODUCCIÓN

Etimológicamente episiotomía significa "cortar el pubis" (episeion = pubis y temno = yo corto). También denominada colpoperineotomía es una intervención quirúrgica que pretende facilitar la expulsión del feto ampliando el canal blando del parto. Es un gesto quirúrgico simple, pero no por ello es un acto menor (1). Aunque su empleo es muy frecuente en la asistencia al parto, puede considerarse como una de las operaciones obstétricas más controvertidas en relación a su empleo e indicación.

Según datos históricos, parece que fue Sir Fielding Ould (1742) (Irlanda) el primero en realizar la episiotomía para vencer la resistencia perineal y favorecer la expulsión fetal. En el siglo XIX, Michaelis, Tarnier y Crede recomendaban la sección del periné en sus partos. Ya en el siglo XX, De Lee (Figura 1) y Pomeroy aconsejan tal proceder de forma sistemática durante el parto. En la actualidad su empleo es prácticamente sistemático en la asistencia al parto (2). Según la orientación de la incisión se pueden distinguir dos tipos de episiotomías: episiotomía media y medio-lateral (Figura 2-3). En la Tabla I y II se exponen las ventajas e inconvenientes de estas técnicas (2-5). En la Figura 4 se representa esquemáticamente la anatomía perineal que se afecta en estas modalidades de episiotomías.

El objetivo de la episiotomía es triple (1), por un lado abreviar el periodo expulsivo y disminuir la morbilidad fetal; en segundo lugar evitar el posible desgarro perineal (solamente con la protección manual del periné se producirá un desgarro perineal en el 40% de las multíparas y hasta el 60% de las primigestas) (3) y por último prevenir el prolapso genital y la incontinencia urinaria.

TABLA I
Ventajas e inconvenientes de la episiotomía media

Ventajas	Inconvenientes
Fácil de realizar	Desgarro del esfínter anal y recto
No incide lazadas musculares	
Fácil de reparar. Buena cicatrización	
Escaso dolor puerperal y dispareunia	
Buen resultado anatómico	

TABLA II
Ventajas e inconvenientes de la episiotomía medio-lateral

Ventajas	Inconvenientes
Proporciona buen espacio vaginal	Incide lazadas musculares
Baja frecuencia de desgarros tipo III-IV	Mayor pérdida hemática
	Dolor puerperal y dispareunia
	Peor resultado anatómico-estético
	Cicatrización más difícil

En el momento actual nadie discute determinadas indicaciones de necesidad maternas o fetales. Sin embargo, algunas indicaciones profilácticas (prevención del prolapso genital e incontinencia urinaria) siguen siendo motivo de discusión y han sido cuestionadas por diversos autores (1, 2, 5-10, 18, 21, 22, 26). En este trabajo se revisarán estos aspectos, exponiendo la situación actual sobre la frecuencia, indicaciones, técnica y complicaciones de la episiotomía.

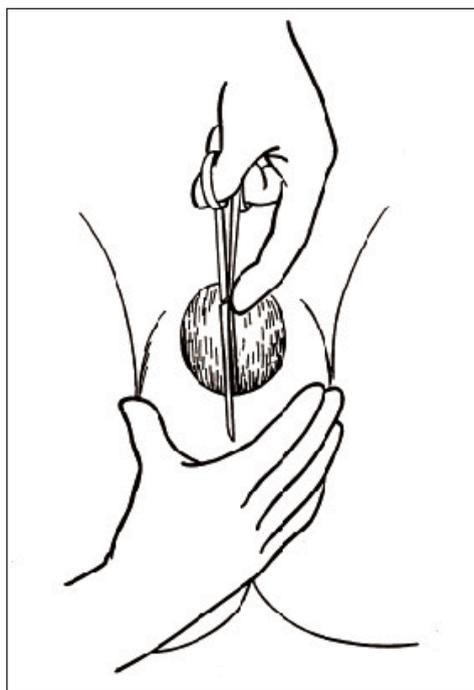


Figura 2. Episiotomía media. Con autorización (de Carrera JM, Salvat S.A., 1988) (27).

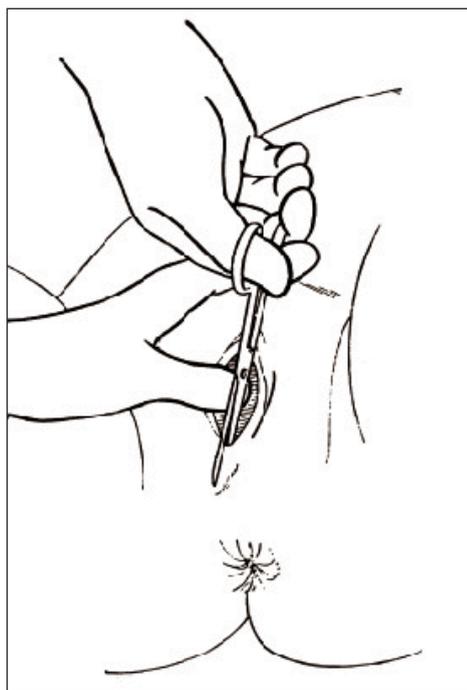


Figura 3. Episiotomía medio-lateral. Con autorización (de Carrera JM, Salvat S.A., 1988) (27).

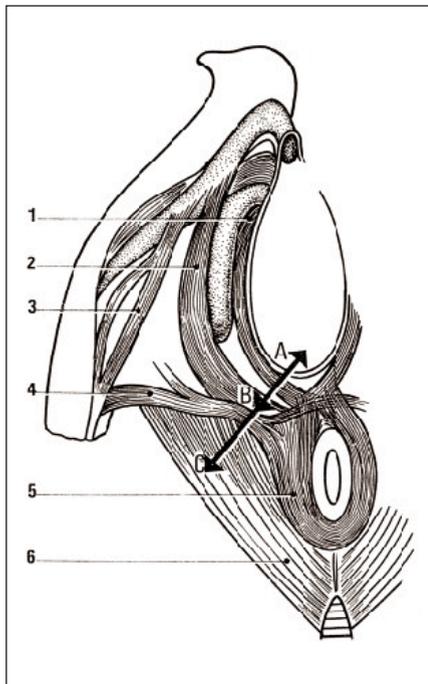


Figura 4. Músculos del periné que se afectan en la episiotomía habitual: constrictor de la vulva (1), bulbo-cavernoso (2), transverso (4) (segmento A-B). Con autorización de *Encyclopedie Médique Chirurgicale (Rouillois y Levardon)* (15).

FRECUENCIA DE LA EPISIOTOMÍA

La frecuencia de la episiotomía es muy variable en función de los países, protocolos obstétricos y variables clínicas de las parturientas. En la Tabla III se exponen algunas cifras sobre la frecuencia de episiotomía en determinados países (14,21). En nuestro Servicio la frecuencia de episiotomía para 1996 fue del 96.7% (Figura 5). En España (1997), una encuesta revela una frecuencia de 89% (14). Sin embargo en los últimos años empieza a observarse una reducción de esta práctica. Así en Francia (1981) se estimó su frecuencia en el 38.4% de los partos (1) y en Oxford (1984), sólo para primíparas la frecuencia fue de 45% (23). En el momento actual se estima que la práctica de la episiotomía no debería exceder del 30% de los partos (10).

INDICACIONES DE LA EPISIOTOMÍA

Las indicaciones de la episiotomía pueden clasificarse en tres grandes grupos:

- *Coadyuvante de la operatoria obstétrica.* En determinadas intervenciones obstétricas como fórceps, vacuum extractor, espátulas de Thierry, distocia de hombros y ayuda manual en el parto de nalgas, se produce una amplia y rápida distensión vagino-perineal. Por esta razón, la episiotomía es una técnica coadyuvante, que evita el posible daño tisular del canal blando (1-4, 13, 27), al tiempo que facilita la rápida y fácil extracción fetal.
- *Indicaciones fetales.* En estos casos las indicaciones son de carácter preventivo, para facilitar una expulsión fetal rápida y evitar la anoxia del feto. La última

TABLA III
Frecuencia de episiotomía (diversas fuentes) (14, 21 28)

Episiotomía	Frecuencia
Rumeau-Roquette et al (Francia) 1984	38%
Thacker y Banta	
- Quebec (1983)	82,2%
- USA	66%
España. (Encuesta) 1995-96	89%